

KRZYSZTOF ROSA
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

(NIE)WIARYGODNOŚĆ DANYCH STATYSTYCZNYCH DOTYCZĄCYCH ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH. PERSPEKTYWA TEORETYCZNA I PRAKTYKA SPOŁECZNA

Streszczenie

Wiarygodne dane statystyczne na temat różnych aspektów zachowań samobójczych (m.in. skali, struktury) są istotnym elementem społecznej diagnozy zjawiska oraz niezbędnym warunkiem do sprawowania, przynajmniej w ograniczonym zakresie, jego kontroli. W odniesieniu do zachowań samobójczych, podobnie jak i w przypadku, innych zjawisk dezorganizacji społecznej, (np. przemocy w rodzinie, bullyingu, prostytucji, korupcji, zaburzeń psychicznych), wiarygodność oficjalnych statystyk budzi poważne wątpliwości.

W tekście, w oparciu o teoretyczne i metodologiczne założenia badania wskaźników zarejestrowanych zachowań dewiacyjnych proponowane przez J. Kitsusego i A. Cicourela, zostanie przedstawiona krytyczna analiza wiarygodności danych na temat samobójstw w Polsce, dostępnych w oficjalnie publikowanych statystykach. Zostały omówione następujące zagadnienia: źródła danych na temat zachowań samobójczych, błędy występujące w publikowanych danych (odnoszące się przede wszystkim do skali zjawiska), przyczyny występowania takiego stanu rzeczy oraz postulaty zmierzające do zwiększenia poprawności zbierania danych.

Słowa kluczowe: zachowania samobójcze, dokumenty urzędowe, wiarygodność danych.

* Zakład Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: ksor8@wp.pl

WPROWADZENIE

Dokumenty urzędowe stanowią jedno ze źródeł informacji o różnych aspektach życia społecznego. Pomimo istniejącego wśród socjologów przekonania, że są podstawowym i wartościowym zasobem danych, ich faktyczne wykorzystanie w socjologii jest rzadsze niż można byłoby oczekiwać [Sulek 2002: 103]. Jedną z istotnych przyczyn takiego stanu rzeczy jest problem stosunkowo niskiej ich wiarygodności i rzetelności, zwłaszcza w odniesieniu do tych zjawisk społecznych, które są trudne do badania, na przykład ze względu na ograniczony do nich dostęp lub stanowią społeczne tabu. Inny powód, to fakt, że dokumenty urzędowe nie są dostosowane do celów analizy naukowej.

Problem rzetelności i wiarygodności jest szczególnie istotny, gdy dokumenty urzędowe mają być wykorzystane do analiz zjawisk i zachowań z obszaru szeroko rozumianej dezorganizacji czy dewiacji społecznej. Próba precyzyjnego określenia np. skali rozpowszechniania w populacji ogólnopolskiej takich zachowań jak: korupcja, bullying, aborcja, różne kategorii przestępczości (np. gwałty, kradzieże dzieł sztuki u prywatnych kolekcjonerów), czy występowania zaburzeń i chorób psychicznych, w oparciu o analizę danych znajdujących się w dokumentach urzędowych, jest zabiegiem z góry skazanym na porażkę. Podobny problem dotyczy zachowań samobójczych.

Artykuł omawia problem wykorzystania dokumentów urzędowych do analizy zjawiska samobójstw dokonanych i prób samobójczych. Tekst ma trzy cele. Po pierwsze, przedstawienie źródeł danych, w tym danych urzędowych, jakie są gromadzone w Polsce na temat zachowań samobójczych. Po drugie, dokonanie krytycznej analizy rzetelności danych urzędowych i ukazanie przyczyn występowania błędów, po trzecie, zaproponowanie postulatów zmierzających do zwiększenia poprawności zbierania danych dotyczących zachowań samobójczych. W tekście zostanie przedstawiona także krótka charakterystyka dokumentów urzędowych jako źródła danych ze szczególnym uwzględnieniem teoretycznych i metodologicznych dyrektyw Johna Kitsusego i Arona Cicourela w odniesieniu do analizy zarejestrowanych wskaźników zachowań dewiacyjnych oraz wyniki niektórych krytycznych badań danych urzędowych dotyczących samobójstw. Zostaną także omówione wybrane aspekty zachowań samobójczych (definicje i klasyfikacja, socjologiczne koncepcje samobójstw).

DOKUMENTY URZĘDOWE JAKO ŹRÓDŁO DANYCH

„Dokumenty urzędowe” to termin obejmujący różne materiały, sprawozdania, protokoły, zestawienia liczbowe, wykazy, zapisy, opisy spisy, przepisy wytworzonych przez urzędy, instytucje organizacje. Usystematyzowaną wiedzę na ich temat przedstawia Antoni Sułek [Sułek 2002: 103–162]. Autor wskazuje na różne wymiary ich zróżnicowania, zastosowanie w badaniach społecznych, sposoby interpretacji oraz ograniczenia i trudności w korzystaniu z nich, podnosi także kwestię ich wiarygodności i rzetelności. Wśród najistotniejszych cech tego rodzaju źródła danych wymienia się fakt, że są to dane zastane, badacz nie tworzy ich, znajduje gotowe w różnych instytucjach, które są faktycznymi ich autorami. Po drugie, dokumenty urzędowe można podzielić na pierwotne (bezpośredni zapis faktów, który jest sporządzony przez ich uczestników, świadków) i dokumenty wtórne (opracowane na podstawie relacji świadków i uczestników, lub w wyniku analizy dokumentów pierwotnych). Po trzecie, dane urzędowe są zróżnicowane w wymiarze czasu. Niektóre z nich rejestrują dane zdarzenie w sposób ciągły, inne zapisują wydarzenia w określonym rytmie, ale wszystkie mają dynamiczny charakter. Po czwarte, dokumenty urzędowe mogą być zastosowane do różnych poziomów analizy socjologicznej, do poziomu indywidualnego i grupowego. Po piąte, dane urzędowe są zwykle danymi „obiektywnymi” tzn. dotyczą zachowań, rozpoznawalnych cech, atrybutów tych cech, czasami również dyspozycji, rzadziej stanów świadomości. Po szóste, dane urzędowe mają charakter jakościowy i ilościowy. Po siódme, specyficzną kategorię dokumentów urzędowych są akty normatywne, czyli przepisy prawne, regulaminy, statuty, reguły. Wskazują one normatywne ramy życia społecznego na poziomie instytucji, w których powstają, ale też w szerszym środowisku społecznym.

Dokumenty urzędowe jako źródło informacji są analizowane w trzech płaszczyznach. Pierwszą z nich jest wnioskowanie o faktach, do których się odnoszą, ewentualnie znając empirycznie stwierdzone związki tych faktów z innymi, wnioskuje się także o nowych faktach. Druga płaszczyzna, to treści przemilczane. Brak treści w dokumentach jest podstawą do wysnuwania wniosków o np. niewystępowaniu danego zjawiska, jego spowszechnieniu w takim stopniu, że przestało zwracać uwagę, czy też istnieniu negatywnych lub wstydlivych dla władzy lub opinii publicznej sprawach. Przemilczane mogą też być dane dotyczące zjawisk stanowiących społeczne tabu. Trzecią płaszczyzną analizy dokumentów urzędowych to forma dokumentów: ich język, kategorie opisu statystycznego. Na podstawie ich analizy wnioskuje się o autorach, np. o poziomie administracji,

czasami również szerszym kontekście społecznym, np. języku stosowanym w życiu publicznym.

W literaturze socjologicznej wymienia się kilka sposobów zastosowania danych urzędowych [Sułek 1998: 139; 2002: 108–117]. Dokumenty urzędowe służą do rejestracji i opisu zjawisk społecznych, przede wszystkim w sytuacji, gdy nie są one dostępne za pomocą obserwacji bezpośredniej, mają ukryty charakter lub ich skala utrudnia dokonanie obserwacji. Dane pochodzące z takich dokumentów są także wykorzystywane do badania długofalowych procesów społecznych. Inne możliwe zastosowania to: zwrócenia uwagi na nowe problemy, źródło formułowania nowych hipotez, opis normatywnych ram życia społecznego i funkcjonowania opartych na nich zbiorowościach

Do najważniejszych zalet danych urzędowych zalicza się, po pierwsze to, że już istnieją i nie należy ich wywoływać, co znacznie redukuje czas i nakłady finansowe. Po drugie, dokumenty takie są dostępne wielokrotnie, co oznacza, że proces badania może być powtarzany. Po trzecie, ten typ danych nie jest obciążonych reaktywnością, dokumentami urzędowymi można uzupełniać i zastępować wyniki badań, w których osoby badane mają świadomość, że są przedmiotem badania, co może modyfikować ich zachowania.

Wykorzystanie dokumentów urzędowych do badań społecznych jest związane z występowaniem kilku istotnych ograniczeń. Jedno z nich wynika z faktu, że dane urzędowe nie są zbierane na potrzeby realizacji badań naukowych. Oznacza to, że definicje i kryteria klasyfikacji danych nie muszą być zgodne z kategoriami stosowanymi w procesie naukowego poznania. Ponadto, stosowane kryteria i definicje są różne w różnych instytucjach, zmieniają się też w czasie, co może stanowić poważne utrudnienie w dokonaniu porównań i analizy dynamiki danego zjawiska. Inna przeszkoda to brak kontroli nad okolicznościami zapisu danych. Nieznajomość sposobu zapisywania danych powoduje, że nie można ich uwzględnić w procesie ich interpretacji. Kolejne ograniczenie to selektywny charakter danych urzędowych. Dane urzędowe nie zawsze obejmują całą zbiorowość jednostek. Regułą jest selektywne ich gromadzenie i przechowywanie, np. niektóre rodzaje przestępstw są rzadziej rejestrowane niż inne. Inny ważny problem to rzetelność danych urzędowych. Przyczyny występowania takiego stanu tkwią w społecznym charakterze tworzenia danych urzędowych. Ważnymi jego elementami są między innymi cechy takie jak: wartości, wiedza, poglądy, przekonania religijne, motywacja osób dokonujących rejestracji faktów, cechy informatorów, z którymi przedstawiciele danej instytucji wchodzi w interakcje przy rejestracji interesujących ich faktów, cechy samej instytucji dokumentującej

dane. Na przykład, Policja dbając o wysoki wskaźnik wykrywalności przestępstw mniej chętnie rejestruje drobne przestępstwa, które są trudne do wykrycia.

Przy tworzeniu danych urzędowych znaczenie mają także uwarunkowania makrospołeczne, np. poziom zaufania obywateli do instytucji społecznych, działanie różnych form kontroli społecznej [Sulek 1998: 140].

DOKUMENTY URZĘDOWE JAKO FAKTY SPOŁECZNE. KONSTRUOWANIE DANYCH URZĘDOWYCH JAKO PROCES SPOŁECZNY

Ostatnie z wymienionych ograniczeń stosowania danych urzędowych (rzetelność) wymaga szerszego omówienia.

Wpływ interakcjonizmu symbolicznego i myśli fenomenologicznej w socjologii końca lat sześćdziesiątych spowodował, że przedmiotem zainteresowania stał się również proces tworzenia i organizowania dokumentów [Sulek 2002: 124]. W takim ujęciu, instytucje nie tylko prowadzą dokumentację zachowań ludzi i faktów, ale też kreują i „tworzą” ją wg określonych reguł i w określonych warunkach społecznych. W tej perspektywie, dokumenty urzędowe są „konstrukcjami” procedur społecznych, i jako takie, stają się samodzielnym przedmiotem analiz socjologicznych. Na gromadzenie danych w instytucjach, przede wszystkim zestawień statystycznych, można spojrzeć jak na proces, w którym stają się produktami warunków społecznych, w których są wytworzone. Nie stanowią zapisów zewnętrznych zdarzeń, faktów, ale same stają się faktami społecznymi. Oznacza to, że np. akt samobójczy okazuje się tylko tym, co w procesie nadawania i negocjacji znaczeń, zostaje zdefiniowane jako samobójstwo.

Jedną z istotniejszych koncepcji teoretycznych próbujących wyjaśnić mechanizmy powstawania nierzetelności w dokumentach urzędowych dotyczących samobójstw w oparciu o takie założenia, jest teoria społecznych znaczeń samobójstw Jacka Douglasa [1967]. Według niej, samobójstwo staje się taką społeczną konstrukcją, w której podstawową rolę odgrywa definicja sytuacji. Przyczyna śmierci określona jako „samobójstwo” podlega procesowi negocjacji znaczeń jaki przeprowadzają różne strony „uwikłane” w sytuację, w której trzeba dokonać kwalifikacji przyczyny zgonu. Może to być rodzina osoby zmarłej, lekarz, który stwierdza zgon, prokurator, policjant prowadzący śledztwo, które ma ustalić przyczynę śmierci. Od tego, jakie znaczenie zostanie nadane konkretnemu przypadkowi zgonu, taki będzie zapis w dokumencie urzędowym, np. karcie zgonu.

Błędy w danych urzędowych dotyczących samobójstw są popełniane na samym początku tworzenia dokumentacji. Kwalifikowanie zgonu samobójczego jako „wypadku”, „zgonu z przyczyn nieznanych” wynika, albo z celowego działania tych, którym zależy na ukryciu prawdziwej przyczyny śmierci, albo niewiedzy, niekompetencji, uprzedzeń różnych osób, które decydują o ostatecznej formie zapisu w dokumencie. Douglas uważał, że problem nierzetelności danych urzędowych na temat samobójstw powinno się wyjaśniać w oparciu o założenie socjologii rozumiejącej Maksa Webera oraz założeń fenomenologii i etnometodologii.

Zidentyfikowane błędy i zniekształcenia w dokumentach urzędowych, jeśli zostaną wyjaśnione, stają się istotnymi faktami społecznymi, które nabierają wartości jako takiej. Dostarczają także wiedzy o mniej widocznych, czy ukrytych aspektach funkcjonowania społeczeństwa.

Taki sposób analizowania dokumentów urzędowych został zastosowany w odniesieniu do danych statystycznych dotyczących zachowań dewiacyjnych, które są zazwyczaj traktowane, po pierwsze, jako źródło wiedzy o ich skali, dynamice i strukturze, po drugie, jako miara reakcji społecznej na zjawiska odbiegające od normy i, po trzecie, jako produkt stygmatyzacji i etykietowania innych [Kitsuse, Cicourel 1963: 131–139, za: Siemaszko 1993: 276–282]. John Kitsuse i Aron Cicourel dowodzili, że rejestry zachowań patologicznych nie odnotowują faktyczne ich liczby. Zaproponowali by błędy i nierzetelności w nich występujące, uznać za zmienną zależną w socjologii dewiacji. Można postawić pytanie, dlaczego niektóre osoby określone mianem dewiantów (przestępców, narkomanów, niedoszłych samobójców, chorych psychicznie) trafiają do oficjalnych statystyk, a inne nie? Jeśli nie każde zachowanie dewiacyjne zostaje umieszczone w statystykach rejestrujących różne patologie społeczne, to proces klasyfikacji, w wyniku którego określone zachowania zostają potraktowane „w sposób urzędowy” jako patologiczne, i są umieszczone w dokumentach tworzących statystyki, a inne nie, zasługują na wnikliwą analizę. Głównym celem badań Kitsusego i Cicourela było „wyjaśnianie różnic we współczynnikach zarejestrowanych zachowań dewiacyjnych” [Kitsuse, Cicourel 1963: 93, za: Siemaszko 1993: 278–279]. Każde oficjalne rejestry statystyczne dokumentujące zachowania dewiacyjną są sporządzane wg swoistych reguł. Dlatego należy analizować procesy, w wyniku których niektóre przypadki zachowań są odnotowane jako patologiczne, a inne nie. O zakwalifikowaniu danego zdarzenia jako „dewiacyjne” decydują konkretna osoba w określonych instytucjach (policjant, sędzia, prokurator, lekarz, koroner, kurator sądowy). Od rzetelności zebranych przez nią danych pierwotnych, w największym stopniu zależy rzetelność zbiorczych danych znajdujących się

w zestawieniach statystycznych. Na proces uznania danego przypadku jako „patologia”, „dewiacja” wpływają, z jednej strony, cechy i postawy urzędników danej instytucji dokonującej procesu kwalifikacji określonych zachowań, zdarzeń (np. ich nadgorliwość, lenistwo, służbistość, uprzedzenia rasowe, religijne, obyczajowe, stereotypy), a z drugiej strony, zachowania informatorów, czyli osób, których dane zdarzenie, zachowanie bezpośrednio dotyczy lub byli ich świadkiem, i których wypowiedzi są pierwotnym źródłem informacji. Takim informatorem może to być np. osoba chora psychicznie, sprawca przestępstwa, niedoszły samobójca. Osoby takie, w imię obrony własnego interesu lub kierując konformistyczną motywacją w zakresie tego, co społecznie zostaje uznane za poprawne, mogą w sposób świadomy zniekształcać prawdę, ukrywać ją.

Kitsuse i Cicourel byli zdania, że skala zachowań dewiacyjnych przedstawianych w oficjalnych statystykach jest wynikiem [...] „działań podejmowanych przez przedstawicieli instytucji, którzy definiują, klasyfikują i odnotowują pewne zachowania jako dewiacyjne. Jeżeli dane zachowanie nie zostanie zinterpretowane jako dewiacyjne, nie znajdzie się w żadnym rejestrze” [Kitsuse, Cicourel 1963: 93, za: Siemaszko 1993: 279]. W oparciu o taką argumentację wspomniani autorzy uznali, że nie istnieje zależność pomiędzy prawdziwą skalą zjawisk patologicznych a jej odzwierciedleniem w oficjalnie publikowanych zestawieniach statystycznych. Ich zdaniem, tylko nieznaczna część takich zachowań zostaje zarejestrowanych w urzędowych statystykach¹. Z tego powodu dane takie nie powinny stanowić podstawy do formułowania teoretycznych hipotez dotyczących ich etiologii.

WIARYGODNOŚCI I RZETELNOŚĆ DOKUMENTÓW URZĘDOWYCH DOTYCZĄCYCH SAMOBÓJSTW JAKO PRZEDMIOT BADAŃ

Dokumenty urzędowe dotyczące samobójstw były przedmiotem refleksji teoretycznych i badań empirycznych wielu badaczy, nie tylko suicydologów.

Lincoln Day zweryfikował twierdzenia Durkheima dotyczące różnic w skali samobójstw wśród protestantów i katolików [Day 1977, za: Sułek 2002: 136]. Jak wiadomo, Durkheim odkrył, że w zbiorowości katolików rejestrowano istotniej mniej samobójstw w porównaniu ze społecznościami protestantów. Day badając statystyki śmiertelności w Szwajcarii, Prusach i Holandii ustali, że wśród katoli-

¹ Kryminologia jest dyscypliną naukową, która potrafiła zidentyfikować czynniki, tworzące „ciemną liczbę w przypadku niektórych kategorii przestępstw. Zob. Hołyst [2007: 104–108].

ków odnotowywano odpowiednio więcej przypadków zgonów, które w dokumentach były klasyfikowane jako „zgony nagłe”, „zgony z przyczyn nieznanych” czy „zgony przypadkowe”. Zdaniem Daya, nie było żadnych powodów by katolicy umierali częściej niż protestanci w sposób „przypadkowy”, „nagły”, „z nieznanych przyczyn”. Jednak istniały powody by wśród katolików ukrywać przed społecznością i władzami kościelnymi samobójczy charakter śmierci. Potępienie samobójstwa przez kościół katolicki, które w konsekwencji mogło skutkować zakazem pochowania bliskiej osoby „w niepoświęconej ziemi” było realnym zagrożeniem. Niedopuszczenie do takiej sytuacji, uniknięcie wstydu rodziny zmarłego przed sąsiadami były wystarczająco ważnymi powodami by zafałszować dane co do prawdziwej przyczyny śmierci. Day podważył tezę Durkheima o wpływie religii katolickiej na zmniejszenie liczby samobójstw, zwracając uwagę, że w parafiach katolickich nie odnotowywano rzadziej zgonów samobójczych, tylko częściej je ukrywano w porównaniu z gminami protestanckimi.

Maurice Halbwachs opisał zreformowane sposoby gromadzenia danych na temat samobójstw w XIX w. [Halbwachs 1930, za: Sułek 2002: 127]. Dane urzędowe stały się bardziej rzetelne, gdy w Prusach po reformie w 1868 r., państwo przejęło od kościołów rejestrowanie zgonów samobójczych. Podobna sytuacja miała miejsce po reformie przeprowadzonej w 1883 r. Zmiana sposobu rejestracji samobójstw spowodowała ich wzrost o 23%. Podobna prawidłowość wystąpiła także w Austrii po reformie przeprowadzonej w 1872 r.

Z badań przeprowadzonych w Kanadzie wynika, że katolicycy lekarze rzadziej niż niekatolicycy orzekali samobójstwo jako przyczynę zgonu. [Jarvis, Northcott 1987: 813–824; Jarvis, Boldt, Butt 1991: 115–133]. Może to oznaczać, że przekonania religijne i sankcje religijne mogą mieć znaczenie w takiej procedurze.

Postawy kulturowe mogą być kolejnym czynnikiem wpływającym na urzędowy proces dokumentowania samobójstw. Badania analizując ten sam materiał, pokazały, że koronerzy duńscy w bardziej jednoznaczny sposób kwalifikowali jako samobójstwa większą liczbę zgonów niż ich angielscy odpowiednich [Atkinson, Kassel, Dalgaard 1975: 247–256]. Zdaniem autorów badania, różnice mogą częściowo być spowodowane tym, że w Danii określenie przyczyny zgonu odbywa się w kontekście medycznym, a nie prawnym. Inny powód to fakt, że w Anglii samobójstwo było przestępstwem do 1961 r., podczas gdy w Danii zniesiono sankcje karne za jego popełnienie już dwieście lat wcześniej. Ponadto Duńczycy w mniejszym stopniu niż Anglicy stygmatyzują najbardziej suicydogenne choroby psychiczne (depresję, psychozę maniako-depresyjną, schizofrenię), tym samym również mniej stygmatyzują sam zamach samobójczy [Jamison, 2004: 34].

Inne badanie nad wskaźnikami samobójstw zostało przeprowadzone w latach 1970–1971 przez Bernice Pescosolido i Roberta Mendelsohna. Sprawdzono, czy społecznie definiowane wskaźniki zgonów samobójczych są błędnie wykorzystywane do odkrycia społecznych przyczyn zjawiska samobójstwa [Pescosolido, Mendelsohn 1986, za: Sułek 2002: 145]. Autorzy badania uznali, że przypadki samobójstw są rejestrowane nierzetelnie i ma to związek z instytucjami, w których są tworzone takie dane urzędowe. Nierzetelne rejestrowanie zgonów samobójczych ma trudniejszy do dostrzeżenia wpływ na zależność między poziomem samobójstw a takimi zmiennymi jak: status społeczny, rozwód, które są stosowane w socjologicznych teoriach zachowań samobójczych.

Z kolei Jobes i współpracownicy analizując brytyjskie statystyki samobójstw uznali, że z różnych powodów zaniżają rzeczywistą skalę zjawiska [Jobes, Ber- man, Josselson 1986: 177–189]. Niektórzy koronerzy mogą unikać kwalifikowania danego przypadku zgonu jako śmierci samobójczej, np. pod wpływem presji rodziny zmarłego czy też obaw, że bliscy zaskarżą wyrok.

Barraclough zwraca uwagę na rozbieżności w wysokości wskaźnika zgonów samobójczych w Anglii, Walii i Szkocji wyjaśniając, że ich przyczyną mogą być odmienne procedury prawne i śledcze. [Barraclough 1971, za: O'Connor, Sheehy 2002: 28–29], np. w Szkocji niektóre zgony jako samobójcze kwalifikuje prokurator, inne urząd stanu cywilnego.

McCarthy i Walsh, poddali analizie sprawozdania koronera w Dublinie (Irlandia) w celu oceny rozbieżności pomiędzy jego orzeczeniami, narodowymi danymi statystycznymi na temat samobójstw, które zostały zgromadzone na podstawie jego werdyktów oraz kliniczną oceną prawdopodobieństwa, że w określony przypadek śmierci był zgonem samobójczym. Medyczną ocenę takiego prawdopodobieństwa przeprowadzili lekarze psychiatrzy [McCarthy, Walsh 1975: 301–308] Ustalono, że pomimo iż odsetek samobójstw jest niski, to nie jest tak niski jak to wynikało z oficjalnych statystyk.

W innych badaniach Kelleher ustalił, że prawdopodobnie rzeczywisty wskaźnik samobójstw w Irlandii jest wyższy o 15–20% [Kelleher 1991: 40–41]. Ten sam autor na podstawie późniejszych badań zauważa, że wbrew powszechnemu przeświadczeniu, że naciski społeczne i religijne prowadziły do zaniżania danych w Irlandii, problem ten występuje w większej skali w Anglii i Walii [Kelleher et al 1996: 14–15].

Steven Taylor przedstawił różne stanowiska wobec rzetelności danych urzędowych dotyczących samobójstw [Taylor 1982]. Jedno z nich akcentuje ostrożność wobec posługiwania się wskaźnikami zgonów samobójczych w celu dokonywania porównań między różnymi krajami, tym bardziej na poziomie porównań mię-

dzykulturowych. Pozostałe trzy perspektywy ukazują różne stopnie akceptacji danych, od dużej akceptacji w odniesieniu do danych porównawczych, poprzez wyraźny sceptycyzm w przypadku sposobów definiowania i rejestrowania przypadków śmierci jako zgonów samobójczych, do całkowitego odrzucenia analizy wskaźników samobójstw w oparciu o założenia fenomenologii i etnometodologii.

DEFINICJE I KLASYFIKACJA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

Na gruncie suicydologii (interdyscyplinarna nauka zajmująca się badaniem różnych aspektów samobójstw) do określenia przedmiotu badań używa pojęcia „zachowania samobójcze”. Termin ten obejmuje niejednorodną, zróżnicowaną wewnątrznie kategorię zachowań o samobójczych intencjach. W literaturze suicydologicznej można spotkać wiele klasyfikacji aktów samobójczych stworzonych w oparciu o różne kryteria, np. poziom integracji społecznej i kontroli społecznej [Durkheim 2006: 194–350], dynamikę rozwoju myśli i tendencji autodestrukcyjnych [Hołyst 1983: 121–123]. Jednak Kryteria Operacyjne dla Określenia Determinacji Samobójstwa (ang. *Operational Criteria for the Determination of Suicide*) za najważniejsze uznają trzy elementy: a) fakt, że człowiek sam wyrządził sobie krzywdę, b) intencję odebrania sobie życia, c) skutek samobójczego zachowania [Rosenberg et al. 1988: 1445–1455]. W oparciu o tak sformułowane kryteria, do zachowań samobójczych zalicza się trzy najważniejsze kategorie. Pierwsza to myśli samobójcze – wstępny etap rozwoju tendencji samobójczych, czyli wyobrażenia i przemyślenia na temat samobójstwa (np. wyobrażenia bycia martwym, wyobrażenie zadawania sobie bólu), życzenia i impulsy do podjęcia aktu samobójczego, planowanie samobójstwa).

Druga kategoria to próba samobójcza (ang. *suicidal attempt*) – „akt nie powodujący śmierci, dobrowolnie podjęty i wykonany przez daną osobę, doprowadzający do samouszkodzenia lub mogący do niego doprowadzić bez interwencji innych” [Hołyst 2002: 43]. W literaturze suicydologicznej funkcjonuje również termin „zamierzone samouszkodzenie” (ang. *deliberate self-harm*) zawierający pojęcia: „próba samobójcza” i „parasamobójstwo” (ang. *suicidal attempt, parasuicide*) określający działania podjęte bez tragicznego zakończenia życia, w których jednostka rozważa: zapoczątkowanie nietypowego zachowania bez udziału osób drugih, mogącego doprowadzić do samouszkodzenia ciała albo przyjęcia substancji w celu osiągnięcia zmiany poprzez aktualne (już wywołane) lub oczekiwane fizyczne konsekwencje [Gmitrowicz, Lewandowska 2009–2010: 78]. Do tej kategorii zalicza się np. uszkodzenia powierzchni ciała (cięcia, przy-

palanie), przyjmowanie leków w ilościach przekraczających dawki terapeutyczne. Definicja ta nie rozstrzyga jednak, czy występują intencje samobójcze.

Ostatnia kategoria to samobójstwo dokonane – „akt o skutku śmiertelnym, który zmarły ze świadomością o oczekiwaniu takiego stanu sam zaplanował i wykonał w celu spowodowania zmian przez siebie pożądanym” [Hołyst 2002: 39].

Analizowane w tekście zagadnienia dotyczą przede wszystkim danych dotyczących samobójstw dokonanych i prób samobójczych, w mniejszym stopniu myśli samobójczych.

SOCJOLOGICZNE KONCEPCJE SAMOBÓJSTW

Na gruncie socjologii zagadnienia samobójstwa ma status szczególny, ponieważ odnosi się do warunków brzegowych porządku społecznego. Akt samobójczy, z socjologicznego punktu widzenia, jest rezygnacją jednostki z uczestnictwa w życiu społecznym. Nie jest przypadkiem, że literatura dotycząca samobójstwa jest szczególnie obfita, a różne szkoły socjologicznego myślenia znajdują swoje odzwierciedlenie w odmiennych sposobach badania problemu samobójstw [Cuff, Payne (eds.) 1984: 44–45]. Społeczna perspektywa badania zachowań samobójczych jako główny cel poznawczy wyznacza ustalenie społecznych źródeł i uwarunkowań determinujących powstawanie i nasilanie tego typu działań autodestrukcyjnych. Za punkt wyjścia analizy przyjmuje się społeczeństwo, a nie jednostkę [Jarosz 1997: 44–45]. Klasyk socjologicznej analizy samobójstw, E. Durkheim, dowodził, że samobójstwa nie są efektem indywidualnych (psychologicznych) cech jednostek, lecz zjawiskiem determinowanym w największym stopniu cechami grup społecznych, z których wywodzą się osoby podejmujące zachowania samobójcze i typem społeczeństwa, w którym żyją [Durkheim 2006: 378].

Współcześnie w socjologii wyróżnia się trzy główne perspektywy teoretyczno-badawcze, w obrębie których można określić najistotniejsze społeczne czynniki ryzyka zachowań samobójczych [Stack 2000: 145–162, 163–174; Bille-Brahe 2000: 193–207]. Pierwszą z nich jest perspektywa społecznej integracji. Jej twórcą jest E. Durkheim, który analizował zjawisko samobójstwa, nieco upraszczając, w dwóch zasadniczych wymiarach: stopnia integracji jednostki ze społeczeństwem, grupą społeczną oraz stopnia kontroli społeczeństwa nad zachowaniami jednostek.

Druga perspektywa – model modernizacyjny – koncentruje się na analizie wpływu różnych aspektów procesu modernizacji (industrializacji, urbanizacji, edukacji) na wzrost wskaźników samobójstw, zwracając przede wszystkim uwagę

na negatywne konsekwencje pierwszej fazy szybkiej industrializacji [Simpson, Conkklin 1989: 945–964; Danigells, Stack 1990].

Trzecia perspektywa analizy zachowań samobójczych – model kulturowych norm, wartości i postaw społecznych – akcentuje sposób funkcjonowania norm społecznych i kulturowych, przede wszystkim religijnych, etycznych oraz ich uczeniu się w procesie socjalizacji. Zachowania samobójcze są kształtowane i realizowane w ramach określonych stylów życia w konkretnych społecznościach i kręgach kulturowych stanowiąc behawioralna formę internalizacji określonego systemu norm i wartości [Brodniak 2005: 14–20; Makinen 1997; Philips 1974: 340–354]. W ramach opisywanego modelu istotne miejsce zajmuje nurt badań analizujących wpływ sposobu rozpowszechniania przez mass media informacji o przypadkach samobójstw/prób samobójczych na zwiększenie liczby takich zachowań. Wykorzystując teorie naśladownictwa zwraca się uwagę na wystąpienie mechanizmu powielenia wzorów zachowań samobójczych (tzw. „efekt kuli śniegowej” albo „efekt Wertera”) przez niektóre grupy społeczne (np. młodzież, osoby mające już myśli samobójcze, wahające się czy dokonać aktu samobójczego, osoby chore psychicznie). Pionierem takich badań był E. Durkheim, współcześnie, z powodzeniem ten nurt empirycznych dociekań kontynuują D. Philips, A. Schmidtke i H. Haffner [Philips 1974: 340–354; Schmidtke, Haffner 1988: 665–676].

W ramach każdej perspektywy teoretycznej są wyodrębniane czynniki ryzyka zachowań samobójczych. Przy ich analizie warto zaznaczyć, że czynników warunkujących zachowania samobójcze nie należy ujmować w abstrakcyjnym oderwaniu od kontekstu ich oddziaływania [Czyżewski, Rosa 1996: 117–129]. Warto tu wspomnieć o dwóch wymiarach kontekstu oddziaływania owych czynników: umiejscowieniu w czasie i społecznej interpretacji.

ŹRÓDŁA DANYCH NA TEMAT ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

Źródła, z których pochodzą dane dotyczące zachowań samobójczych zostaną przedstawione, po pierwsze, z wykorzystaniem ich klasyfikowania na trzy wyżej wymienione kategorie (myśli samobójcze, próby samobójcze i samobójstwa dokonane), po drugie – dotyczą polskiej rzeczywistości.

Myśli samobójcze

Informacje o różnych aspektach występowania myśli samobójczych (treści, częstotliwości) pochodzą przede wszystkim od osób, które je doświadczają. Dane takie mogą znajdować się w dokumentacji instytucji, w których takie osoby

szukają pomocy medycznej, psychologicznej, terapeutycznej, socjalnej (historie choroby, konsultacje psychiatryczne, konsultacje psychologiczne, diagnozy pedagogiczne, wywiady środowiskowe). Są to dokumenty: a) placówek medycznych (oddziały psychiatryczne, poradnie zdrowia psychicznego, pogotowie ratunkowe, prywatne gabinety psychiatryczne), b) instytucji świadczących pomoc psychologiczną, terapeutyczną (np. poradnie psychologiczno – pedagogiczne, ośrodki interwencji kryzysowej, ośrodki pomocy rodzinie, prywatne gabinety psychologiczne), których pacjentami/klientami są osoby z myślami samobójczymi, c) ośrodków pomocy społecznej.

Innymi źródłami wiedzy o tej kategorii zachowań samobójczych są dokumenty osobiste tych, którzy mają myśli samobójcze (listy, pamiętniki, dzienniki, notatki, testamenty), a także relacje osób z ich najbliższego otoczenia (rodzina, przyjaciele, znajomi).

Ostatnim źródłem informacji są badania naukowe. Ważną ich część stanowią te, które są realizowane na reprezentatywnych populacjach. W Polsce zrealizowano przynajmniej trzy takie badania [Hołyst 2002: 1016–1017; Gmitrowicz, Dubla 2001: 236–243; Rosa, Merecz 2005: 92–97], w tym jedno na próbie ogólnopolskiej [Hołyst 2002]. Badania suicydologiczne są też realizowane na mniejszych populacjach, z zastosowaniem specyficznych dla analizowanej problematyki, metod badawczych [np. Młodożeniec, Jarema, Szafranski 2009–2010: 15–28; Rosa, Sobala 2010: 265–293].

Próby samobójcze, zamierzone samouszkodzenia

W odniesieniu do tej kategorii zachowań samobójczych, źródła danych są prawie takie same jak w przypadku myśli samobójczych. Wypowiedzi osób, które usiłowały popełnić samobójstwo dostarczają wiedzy o różnych aspektach takiego zachowania: np. okolicznościach aktu samobójczego (miejscu, czasie, zdarzeniach bezpośrednio go poprzedzających), motywacji i przyczynach zamachu, metodzie, stanie psychicznym przed i po zamachu, czy też ocenie, tego co się zdarzyło. Dane takie znajdują się w dokumentach wspomnianych już instytucji, przede wszystkim medycznych, w których są hospitalizowani niedoszli samobójcy (oddziały ratunkowe, chirurgiczne, toksykologiczne, psychiatryczne szpitali), albo tych instytucji, z których pomocy medycznej korzystali bez konieczności hospitalizacji (pogotowie ratunkowe, poradnie podstawowej opieki zdrowotnej). Usiłowania popełniania samobójstwa dokumentują również wspomniane ośrodki świadczące pomoc psychologiczną, terapeutyczną, socjalną. Niewielką część usiłowań samobójczych rejestruje też Policja. Należy jednak pamiętać,

że wymienione dokumenty dotyczą tylko ujawnionych przypadków prób samobójczych, znaczna część osób, bardzo trudna do oszacowania, nie ujawnia faktu podjęcia zamachu na swoje życie. Pozostałe źródła to: dokumenty osobiste niedoszłych samobójców (listy, dzienniki, pamiętniki), wypowiedzi, relacje osób z ich bliskiego otoczenia².

Badania suicydologiczne dotyczące prób samobójczych, podobnie jak w przypadku myśli samobójczych, rzadko są w Polsce realizowane na próbach reprezentatywnych [np. Hołyst 2002, Gmitrowicz, Dubla 2001, Rosa, Merecz 2005]. Znacznie więcej badań zostało przeprowadzonych na populacjach dobranych w sposób celowy [np. Czabański 2001; Filipiak, Worobiej 2009–2010: 138–145; Rosa 1996, 2007: 24–30].

Światowa Organizacja Zdrowia zaniepokojona wzrostem zachowań samobójczych obserwowanych w większości krajów europejskich założyła w 1985 r. Europejski Zespół Ośrodków do Badań nad Próbami Samobójczymi (WHO/Euro Multicenter on Parasuicide) [WHO 1986]. Jednym z jego celów było monitorowanie tendencji w epidemiologii prób samobójczych, wraz z identyfikacją czynników ryzyka. W niektórych krajach europejskich (Słowenia, Irlandia) istnieją ogólnokrajowe rejestry takich zachowań. W Polsce nie ma ogólnokrajowego systemu dokumentowania przypadków prób samobójczych

Samobójstwa dokonane

W porównaniu z wcześniej omawianymi kategoriami zachowań samobójczych, przypadki samobójstw dokonanych są najlepiej udokumentowane. Istnieją cztery, czasami pięć kategorii dokumentów urzędowych sporządzanych w takiej sytuacji. Jeden z nich – „Zgłoszenie o zamachu samobójczym Stp-10” – jest jedynym dokumentem urzędowym, sporządzanym tylko i wyłącznie do rejestracji zamachów samobójczych, przede wszystkim dokonanych. Formularz jest bardzo rzadko używany do dokumentowania przypadków prób samobójczych. Wypełniają go policjanci prowadzący postępowanie wyjaśniające charakter zgonu. Dokument zawiera dane dotyczące: a) ofiary samobójstwa (dane osobowe, płeć, wiek, stan cywilny, liczba posiadanych dzieci, informacje o pracy, nauce, źródle utrzymania, stanie świadomości w chwili popełnienia samobójstwa, zdrowiu psychicznym, historii ewentualnego leczenia psychiatrycznego, toczących się postępowaniach karnych, sądowych, liczbie wcześniejszych prób samobójczych, b) okolicznościach zamachu (godzina, rodzaj miejscowości, miejsce, metoda

² Listy osób, które usiłowały popełnić samobójstwo są m. in. zawarte w książce Hołysta [1991: 242–345].

samobójstwa), c) rodzaju zamachu (samobójstwo dokonane, próba samobójcza, d) prawdopodobnych przyczynach zamachu, e) efektu działania samobójczego sprawcy (zamach zakończył się/ nie zakończył się zgonem, udzielenia pomocy po akcie samobójczym).

Zanim funkcjonariusze Policji wypełnią taki dokument, muszą wykonać szereg czynności śledczych. W przypadku zgonu są to m.in. oględziny miejsca znalezienia ciała z udziałem technika kryminalistyki, oględziny ciała z udziałem lekarza medycyny sądowej, przeprowadzenie wywiadów: z rodziną, w środowisku zamieszkania, miejscu pracy lub w szkole, na uczelni. Ostatnim etapem poprzedzającym wypełnienie formularza, jest udział w prokuratorskiej sekcji zwłok, która ma ostatecznie potwierdzić lub wykluczyć samobójstwo jako przyczynę śmierci. Po zakończeniu procedury śledczej, dokument trafia do Sekcji Statystyki w Komendach Wojewódzkich Policji.

Innym dokumentem będącym źródłem informacji o samobójczym zgonie jest „Protokół sądowo-lekarskiej sekcji zwłok”, sporządzany przez lekarza medycyny sądowej. Zawiera on trzy rodzaje informacji. Pierwszy, dotyczy osoby zmarłej, są to jej dane osobowe (imię, nazwisko, płeć, wiek, data urodzenia, podstawa ustalenia tożsamości). Druga kategoria obejmuje: okoliczności zgonu podane przez prokuraturę prowadzącą postępowanie, godzinę dostarczenia ciała do zakładu medycyny sądowej, datę zgonu, dane osoby, która przeprowadziła oględziny zwłok w miejscu ich znalezienia, dane osób, które przeprowadzały i nadzorowały autopsję, datę jej przeprowadzenia. Ostatnia kategoria to informację o charakterze medycznym, np. oględziny ciała i opinia o przyczynie zgonu.

Kolejne dokumenty to „Karta zgonu” i dołączona do niej „Karta statystyczna do karty zgonu”. Obydwie są wypełniane przez lekarza, który stwierdza śmierć człowieka. Może nim być lekarz Pogotowia Ratunkowego, lekarz medycyny sądowej, lekarz oddziału, w którym zmarła osoba w wyniku obrażeń poniesionych na skutek zamachu samobójczego. Pierwszy dokument rejestruje dane osobowe zmarłego, datę i miejsce zgonu, ostatnie miejsce zamieszkania, przyczynę zgonu. Drugi formularz zawiera dane osobowe zmarłego, datę urodzenia, miejsce zamieszkania, datę zgonu, stan cywilny, wykształcenie, źródło utrzymania, trzy kategorie przyczyn zgonu (przyczynę wyjściową, przyczynę wtórną, przyczyną bezpośrednią), miejsce zgonu oraz informację o osobie, która stwierdziła zgon.

Pozostałe dokumenty urzędowe to akta prokuratorskie oraz historia choroby (gdy osoba przeżyła akt samobójczy i była hospitalizowana, ale zmarła w wyniku odniesionych obrażeń).

Inne źródło informacji o samobójstwach dokonanych i ich ofiarach to dokumenty osobiste (listy, pamiętniki, notatki, dzienniki)³.

Wiedzę o różnych aspektach zjawiska samobójstw przynoszą też badania polskich suicydologów, przede wszystkim M. Jarosz [1997, 2004] i B. Hołysta [1983, 1991, 2002].

Nierzetelność publikowanych w Polsce urzędowych danych statystycznych na temat samobójstw

Uwagi przedstawione w tej części tekstu dotyczyć będą przede wszystkim danych na temat samobójstw dokonanych, w znacznie mniejszym stopniu prób samobójczych.

W Polsce oficjalne dane statystyczne dotyczące zgonów samobójczych publikują dwie instytucje: Policja i Główny Urząd Statystyczny.

Policja swoje statystyki sporządza w oparciu o zbiorcze dane zebrane z formularzy „Zgłoszenie o zamachu samobójczym Stp-10”. Dane są publikowane na stronach internetowych⁴. Na ich podstawie GUS upowszechnia informacje na temat zamachów samobójczych w *Rocznikach Statystycznych* (dział „Ludność. Wyznania religijne”, tabela „Zamachy samobójcze zarejestrowane przez Policję”) [*Rocznik Statystyczny 2010*: 232].

GUS prowadzi także rejestrację zgonów samobójczych, która jest dokonywana na podstawie „Karty zgonu” i załączonej do niej „Karty statystycznej”. Formularze wypełnia lekarz, który stwierdził zgon lub przeprowadził prokuratorsko-sądową sekcję zwłok. Dane zgromadzone w taki sposób są publikowane w *Rocznikach Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego* w tabeli „Zgony wg wieku i płci oraz przyczyn” [*Rocznik Demograficzny 2010*: 326] i na stronach internetowych⁵. W tej samej tabeli znajduje się też liczba zgonów samobójczych, które nie zostały stwierdzone przez lekarzy.

Analiza rzetelności urzędowych danych statystycznych dotyczących zamachów samobójczych publikowanych w Polsce wykazała występowanie czterech rodzajów nieścisłości i błędów. Istnieją duże rozbieżności w zakresie skali zjawiska pomiędzy danymi gromadzonymi przez Policję i GUS. W tabeli 1. pokazano, jak istotne są to różnice.

³ Listy osób, które zmarły śmiercią samobójczą można znaleźć w książce Hołysta [1983: 463–473].

⁴ www.policja.pl [Dostęp 4.01. 2012].

⁵ www.stat.gov.pl [Dostęp 4.01. 2012].

TABELA 1. Dane dotyczące skali zgonów samobójczych w latach 2000–2009 wg statystyk Policji i GUS

Rok	Dane Komendy Głównej Policji	Dane GUS	Różnice w liczbie zgonów samobójczych w statystykach Policji i GUS
2000	4947	5841	894
2001	4971	5855	884
2002	5100	5924	824
2003	4634	5834	1200
2004	4893	6071	1178
2005	4621	6043	1422
2006	4090	5805	1715
2007	3530	5282	1752
2008	3964	5681	1717
2009	4384	6474	2090

Źródło: www.policja.pl, www.stat.gov.pl [dostęp 10.01.2012]; *Roczniki Demograficzne* [2001–2006]; *Roczniki Statystyczne* [2000–2006], obliczenia własne.

Różnice w liczbie rejestrowanych zgonów samobójczych są zaskakująco duże. Największa, dotycząca 2009 r., wynosi ponad 32%. Rozbieżności wynikają przede wszystkim z odmiennych metod zbierania danych, prawdopodobnie nie bez znaczenia jest też cel gromadzenia danych [Brodniak 2001]. Policja w większym stopniu jest zainteresowana ustaleniem przyczyny śmierci, która nie była spowodowana przez inne osoby, np. czy nie miało miejsce zabójstwo, nieumyślne spowodowanie śmierci. Jeśli wyklucza się udział osób trzecich i wyniki sekcji zwłok wskazują na śmierć samobójczą, kwalifikacja przyczyny zgonu jako samobójstwo jest zakończona.

GUS gromadzi dane na podstawie informacji zawartych w „Kartach zgonów” i dołączanych do nich załączników, robi to bardziej rzetelnie. Prawdopodobnie nie każda samobójcza śmierć jest przedmiotem zainteresowania Policji, np. gdy zgon nie nastąpił od razu, tylko po kilku dniach czy nawet miesiącach na skutek odniesionych obrażeń w wyniku zamachu samobójczego. Pierwotną przyczyną śmierci jest akt samobójczy, wtórną – urazy powstałe w jego wyniku. Zastanawiające jest jednak, dlaczego jedna instytucja (GUS) publikuje tak rozbieżne dane w swoich materiałach. Po drugie, w oficjalnie publikowanych przez Policję danych statystycznych jest podawana drastycznie zaniżona liczba prób samobójczych. W tabeli 2. przedstawiono skalę usiłowań samobójczych odnotowywanych przez Policję. Takie dane publikuje również GUS w *Rocznikach Statystycznych*, tabela „Zamachy samobójcze zarejestrowane przez Policję”.

TABELA 2. Skala prób samobójczych w Polsce w latach 2000–2009 wg Policji i GUS

Rok	Liczba prób samobójczych wg danych Policji
2000	674
2001	741
2002	828
2003	833
2004	1000
2005	1004
2006	1062
2007	1128
2008	1273
2009	1529
2010	1369

Źródła: www.policja.pl [dostęp: 7.01.2012], *Roczniki Statystyczne 2000–2009*, obliczenia własne.

Dane dotyczące liczby prób samobójczych publikowane w oficjalnych zestawieniach statystycznych w niewielkim stopniu odzwierciedlają skalę zjawiska. Suycydologowie zwracają uwagę, że liczba aktów samobójczych niezakończonych śmiercią jest wielkością szacunkową. Określa się ją na podstawie proporcji w odniesieniu do liczby samobójstw dokonanych. Przyjmuje się, bardzo ostrożnie, że minimum 10–20 razy więcej jest prób samobójczych niż samobójstw dokonanych [Fleischman, Bertolote 2003: 67–78]. Przyjęcie takich proporcji oznacza, że według ostrożnych szacunków w Polsce, w 2009 r. było od 65 do 130 tysięcy przypadków prób odebrania sobie życia. Badania przeprowadzone na próbie reprezentatywnej mieszkańców regionu łódzkiego potwierdzają słuszność zastosowania takich proporcji [Rosa, Merecz 2005: 97].

Zasadność przedstawionych krytycznych uwag potwierdzają jeszcze inne dane. Tylko w jednym z oddziałów szpitalnych (Klinika Ostrego Zatrucia Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi), w którym są hospitalizowane osoby po podjętych próbach samobójczych, tylko w roku 2004 przyjęto 776 pacjentów – niedoszłych samobójców⁶.

⁶ Oddział hospitalizuje tylko osoby po ciężkich zatruciach, również samobójczych, z regionu województwa łódzkiego i niektórych ościennych województw. Oznacza to, że trafiają tam tylko ci niedoszli samobójcy, którzy wybrali zatrucie, najczęściej lekami, jako metodę popełnienia

Przyczyn tak dużych rozbieżności jest kilka. Jedną z nich stanowi brak obowiązku rejestrowania dokonanych prób samobójczych/prób samouszkodzeń. Tylko nieznaczna część osób, które podjęły próby samobójcze korzysta z pomocy medycznej i tym samym ich przypadek podlega jakiegokolwiek urzędowej rejestracji. Niektóre badania wskazują, że tylko około 25% niedoszłych samobójców korzysta z pomocy lekarskiej [Diekstra, Garnefski 1995: 36–57].

Innym powodem są niejednako procedury klasyfikowanie danego zdarzenia jako „próby samobójczej”, przez personel medyczny różnych placówek. Proces kwalifikacji zależy nie tylko od istnienia jednoznacznych kryteriów, ale też rzetelności w ich stosowaniu. Naciski ze strony samych zainteresowanych i ich bliskich, by nie kwalifikować danego przypadku jako „samobójczego” są tu istotnym czynnikiem. Osoby podejmujące próbę samobójczą mają powody, by ukrywać to zdarzenie. Wśród najważniejszych przyczyn takich obaw wymienia się lęk przed uznaniem za osobę chorą psychicznie, lęk przed hospitalizacją w szpitalu psychiatrycznym, lęk przed negatywną reakcją otoczenia (odrzućenie, ośmieszenie, pogarda), lęk przed poniesieniem negatywnych konsekwencji np. zawodowych, religijnych, finansowych.

Nierzetelność w prowadzeniu dokumentacji medycznej może mieć też inną postać. Przypadki prób samobójczych podejmowanych w oddziałach szpitalnych, zwłaszcza w oddziałach psychiatrycznych, są traktowane jako przejaw choroby i jako takie zostają odnotowane w historii choroby, nie będąc oddzielnie dokumentowane⁷. Dane statystyczne dotyczące skali usiłowań samobójczych, pochodzące z dokumentów urzędowych zawierają znikomą, z pewnością niereprezentatywną ich część.

Po trzecie, w statystykach Policji i tej części danych, które publikuje GUS w *Rocznikach Statystycznych* podaje się w sposób łączny dla samobójstw dokonanych i usiłowań samobójczych różne szczegółowe informacje dotyczące zamachów, np. strukturę wg płci i wieku [*Rocznik Statystyczny* 2010: 232]. Jest to istotny błąd zniekształcający obraz zjawiska. Pomiedzy obydwoima kategoriami zachowań występują istotne różnice. Najważniejsze z nich to: stopień ich wykrywalności, cechy demograficznymi osób je podejmujących (niedoszli samobójcy i osoby, które zginęły śmiercią samobójczą to dwie różne pod względem charak-

samobójstwa i mieszkają w regionie funkcjonowania Kliniki. Osoby, które zastosowały inną metodę i przeżyły zamach samobójczy, były hospitalizowane w innych oddziałach, np. oddziałach ratunkowych, chirurgicznych. Autor tekstu był pracownikiem Klinik Ostrych Zatruciu Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

⁷ Badania zrealizowane w USA pokazują, że od 5 do 10% wszystkich zamachów samobójczych jest podejmowanych w szpitalach psychiatrycznych. Zob. Jamison [2004: 330–331].

terystyk społeczno-demograficznych zbiorowości), motywy samobójczego działania i jego skutki, również niektóre czynniki ryzyka [Beautrais 2001: 837–845]. Łączne publikowanie danych dla samobójstw dokonanych i prób samobójczych jest całkowicie nieuprawnione.

Po czwarte, w danych Policji, w różnych szczegółowych kwestiach dotyczących zamachów samobójczych, występują istotne braki danych (przedstawiono to w tabeli 3).

TABELA 3. Skala braków danych dotyczących zgonów samobójczych w statystykach Policji (w %)

Cecha osoby, która popełniła samobójstwo/ cecha aktu samobójczego	2002	2009	2010
Wiek	0, 9	0, 9	0, 7
Stan cywilny	8, 7	9, 5	11, 3
Wykształcenie	51, 2	65, 4	90, 3
Źródło utrzymania	28, 8	33, 2	47, 0
Sposób popełnienia zamachu	-	47, 5	-
Stan świadomości w chwili zamachu (obecność środka psychoaktywnego)	77, 5	63, 1	85, 0
Przyczyna zamachu	54, 1	64, 0	65, 1

Źródło: www.policja.pl [dostęp: 7.01.2012], obliczenia własne.

Skala braków danych w odniesieniu do niektórych cech jest bardzo duża. Zastanawia też fakt, że Policja publikuje tylko niewielką część spośród danych, które są gromadzone w opisywanym wcześniej formularzu, np. nie są publikowane dane o wcześniejszych zachowaniach samobójczych, środowisku zamieszkania, czy też przeszłości karnej osób, które zginęły śmiercią samobójczą.

Próbując wyjaśnić tak dużą skalę braku danych trzeba mieć na uwadze fakt, że istnieje rozbieżność w priorytetach funkcjonariuszy Policji i badaczy zachowań samobójczych. Wiele informacji, które są istotne dla badacza-suicydologa, (np. wykształcenie) nie musi być przedmiotem żmudnych dociekań policjanta prowadzącego postępowanie. Z jego punktu widzenia konieczny jest ustalenie przyczyny zgonu i potrzebuje do tego informacji, (np. dokładnego czasu zgonu, informacji o sposobie popełnienia samobójstwa, a przede wszystkim tych danych potwierdzają lub wykluczają udział osób trzecich). Takie dane nie zawsze w pierwszej kolejności muszą interesować badacza. Konieczność wyjaśniania wielu trudnych do wyjaśnienia wątków związanych z samobójstwem (np. przyczyna zamachu) i ustalenia różnych faktów w krótkim odstępie czasu, w sytuacji

gdy charakter śmierci jako samobójczy jest określony, często nie jest priorytetem prowadzących postępowanie. Czasami jest to spowodowane brakiem czasu w sytuacji, gdy policjant prowadzi jednocześnie kilka spraw i możliwości rzetelnego zbadania wszystkich wątków danego samobójczego zgonu jest mocno ograniczona. Wypełniając formularz rejestrujący przypadki zgonów samobójczych, wygodniej jest np. zaznaczyć wśród kategorii „Przyczyny zamachu” opcję „inna przyczyna” niż prowadzić żmudne i pracochłonne śledztwo w tej sprawie, jeśli już wiadomo, jaka jest przyczyna śmierci⁸. Czasami również występują różne naciski na osobę prowadzącą postępowanie wyjaśniające ze strony otoczenia, w którym funkcjonuje policjant.

Oprócz odmiennych priorytetów dotyczących Policji i badaczy samobójstw są jeszcze inne przyczyny występowania tak istotnych błędów w danych policyjnych. Nie można do końca wykluczyć niedostatecznie rzetelnej pracy policjantów, którzy zajmują się wyjaśnianiem przyczyny zgonu.

Inny czynnik ma charakter hipotetyczny. Z oczywistych powodów funkcjonariusze mają jako pierwsi dostęp do różnych źródeł informacji w przypadku zgonu samobójczego, w tym również do rodziny zmarłego. Czy są jednak dostatecznie przygotowani od strony umiejętności prowadzenia rozmowy z bliskimi samobójcy, by uzyskać wszystkie ważne informacje? Być może osoba dobrze przygotowana do prowadzenia takich rozmów i mająca wiedzę suicydologiczną (np. psycholog, socjolog) byłaby bardziej skuteczna w zdobyciu istotnych informacji. Tylko kto, poza rodziną i otoczeniem osoby, która odebrała sobie życie i niewielką grupą suicydologów zjawiska jest tym zainteresowany?

Przedstawione przykłady ograniczonej wiarygodności danych na temat samobójstw skłaniają do zadania pytania o to, czy w jednakowym stopniu urzędowe statystyki są niewiarygodne? Za najbardziej niewiarygodne uznałbym dane Policji, dotyczące przede wszystkim liczby zgonów samobójczych i prób samobójczych, także dane dotyczące niektórych cech ofiar zamachów (np. wykształcenie, źródła utrzymania), niektórych cech charakterystyki aktów samobójczych (np. przyczyny zamachu). W świetle przedstawionych danych, za bardziej wiarygodne dane można uznać statystyki GUS w oparciu o „Karty zgonów” i załączniki, które są publikowane w *Rocznikach Demograficznych*. Dane GUS są zdecydowanie bardziej rzetelne w zakresie liczby samobójstw dokonanych i – jak sugeruje Brodniak – również struktury według płci, wieku i środowiska zamieszkania (miasto/wieś) oraz metody popełnienia samobójstwa,

⁸ Problem rzetelności w wypełnianiu formularza „Zgłoszenie o zamachu samobójczym Stp-10” był m.in. przedmiotem badań Mirosława Pileckiego [2010: 88–90].

z wyjątkiem okresu zmiany Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób z ICD-9 na ICD-10 w latach 1997–1998 [Brodniak 2001].

Zasadne jest pytanie, w jaki sposób można poprawić rzetelność dokumentów urzędowych dotyczących samobójstw? Po pierwsze, należy oddzielnie klasyfikować dane dotyczące samobójstw dokonanych i prób samobójczych. Po drugie, powinny być sformułowane i stosowane w praktyce jednolite definicje dwóch kategorii zachowań samobójczych niezakończonych zgonem: a) zachowań z intencją śmierci (akty, które miały zakończyć się zgonem), b) zachowań bez intencji śmierci (samouszkodzenia) oraz jednolite kryteria klasyfikacji takich przypadków. Po trzecie, należy rozważyć możliwość stworzenia procedur monitorowania/rejestrowania przypadków prób samobójczych.

ZAKOŃCZENIE

Badanie zachowań samobójczych nie należy do najłatwiejszych. Są to bardzo rzadkie zachowania (w 2008 r. samobójstwa były przyczyną 1.3% ogółu zgonów w Polsce), zazwyczaj objęte silnym społecznym tabu. Pomimo że suicydologowie posługują się zróżnicowanymi metodami badania zjawiska, problem rzetelności i wiarygodności w zakresie gromadzonych danych jest otwarty. Każda z metod: analiza oficjalnych statystyk, analiza dokumentów i raportów z dochodzeń, podłużne badania wybranej grupy, analiza listów samobójczych, wywiady z osobami po podjętych próbach samobójczych, ma swoje zalety i wady [O'Connor, Sheehy 2002: 38–44]. Z drugiej strony, badania nad danymi na temat samobójstw, dostępnymi w oficjalnych statystykach stanowią istotny wkład w krytyczną analizę przydatności dokumentów urzędowych w badaniach społecznych.

Czy pomimo przytoczonych w literaturze socjologicznej, suicydologicznej dowodów ograniczonej wiarygodności urzędowych danych statystycznych na temat różnych aspektów zjawiska samobójstwa, skrajnie sceptyczny pogląd dotyczący naukowej rzetelności takich danych wyrażony przez Georga Zillboorga jest uzasadniony? „Ci, którzy zabijają się w wypadkach samochodowych, nie zostają uchwyceni jako samobójcy. Ci, którzy po usiłowanym samobójstwie umierają tygodnie lub miesiące później z odniesionych obrażeń lub wynikłych infekcji, nie są rejestrowani jako samobójcy; wiele przypadków tuszują rodziny. Usiłowania samobójcze, wszystko jedno jak poważne, nigdy nie znajdują drogi do tabel statystycznych. Jest oczywiste, że w tych okolicznościach dostępne dane statystyczne zawierają najmniejszą i prawdopodobnie najmniej reprezentatywną

liczbę samobójstw. Jest przeto usprawiedliwione odrzucenie ich jako prawie bezużytecznych w naukowej analizie problemu” [cyt. za: Cygielska 1976: 391].

BIBLIOGRAFIA

- Atkinson M.W., Kessel N., Dalgaard J.B. [1975], *The Comparability of Suicides Rates*, “British Journal of Psychiatry”, Vol. 127.
- Barracough B. [1971], *Suicide in the elderly*, [w:] D. Kay, A. Walks (eds.), *Recent Developments in Psychogeriatrics*, Ashort, Kent: Headly, Royal Medico-Psychological Association.
- Beautrais A. [2001], *Suicides and serious suicide attempts: two population or one?*, “Psychological Medicine”, Vol. 31.
- Bille-Brahe U. [2000], *Sociology and Suicidal Behavior*, [w:] K. Hawton, K van Heeringen (eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chichester: Wiley and Sons.
- Boldt M. [1988], *The meaning of suicide: implication for research*, “Crisis”, Vol. 9.
- Brodniak W.A. [2001], *Analiza wiarygodności statystyk samobójstw zakończonych zgonem. Porównanie danych Głównego Urzędu Statystycznego i Komendy Głównej Policji*, Niepublikowany referat wygłoszony na III Konferencji Suicydologicznej, Łódź, 26–27 kwietnia 2001.
- Brodniak W.A. [2005], *Kontrowersje wokół socjologicznych koncepcji samobójstw*, „Suicydologia”, vol. 1.
- Cuff E.C., Payne G.C. (eds.) [1984], *Perspectives in Sociology*, London: Allen and Unwin.
- Cygielska K. [1976], *Samobójstwo*, [w:] A. Podgórecki (red.), *Zagadnienia patologii społecznej*, Warszawa: PWN.
- Czabański A. [2001], *Spoleczne i jednostkowe determinanty zachowań samobójczych młodzieży*, Poznań: Pomost.
- Czyżewski M., Rosa K. [1996], *Samobójstwa w okresie transformacji. Fakty i interpretacje*, „Kultura i Społeczeństwo”, vol. 2.
- Day L.H. [1977], *Durkheim on Religion and Suicide: a Demographic Critique*, “Sociology”, Vol. 21, No. 3.
- Diekstra R.F., Garnefski N. [1995], *On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective*, “Suicide and Life – Threatening Behavior”, Vol. 25.
- Douglas J. [1967], *Social Meanings of Suicide*, Princeton: Princeton University Press.
- Durkheim E. [2006], *Samobójstwo. Studium z socjologii*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Filipiak S., Worobiej D. [2009–2010], *Obraz siebie u osób po próbach samobójczych*, „Suicydologia”, vol. 5–6
- Fleischmann A., Bertolote M. [2003], *Suicidal behavior in Global Public Health Perspective*, “International Journal of Mental Health”, Vol. 32, No. 1.
- Gmitrowicz A., Dubla W. [2001], *Zachowania samobójcze w reprezentatywnej grupie młodzieży z terenu Łodzi*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, vol. 3.
- Gmitrowicz A., Lewandowska A. [2009–2010], *Charakterystyka uczniów dokonujących zamierzonych samouszkodzeń*, „Suicydologia”, vol. 5.
- Halbwachs M. [1930], *Les causes du suicide*, Paris: Alcan.
- Hołyst B. [1983], *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, Warszawa: PWN.

- Hołyst B. [1991], *Przywróceniu życia*, Warszawa: PWN.
- Hołyst B. [2002], *Suicydologia*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis/Nexis.
- Hołyst B. [2007], *Kryminologia*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis/Nexis.
- Jamison K.R. [2004], *Noc szybko nadchodzi. Zrozumieć samobójstwo, by mu zapobiec*, Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.
- Jarosz M. [1997], *Samobójstwa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jarosz M. [2004], *Samobójstwa – ucieczka przegranych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jarvis G.K., Boldt M., Butt J. [1991], *Medical Examiner and Manner of Death*, “Suicide and Life – Threatening Behavior”, Vol. 21.
- Jarvis G.K., Northcott H.C. [1987], *Religion and Differences in Mortality and Morbidity*, “Social Science and Medicine”, Vol. 25.
- Jobes D.A., Berman A. L., Josselon A.R. [1986], *The impact of psychological autopsies on medical examiner’s determination of manner of death*, “Journal of Forensic Science”, Vol. 31.
- Kelleher M.J. [1991], *Suicide in Ireland*, “Irish Medical Journal”, Vol. 84.
- Kelleher M.J. et al. [1996], *Improving procedures for recording suicide statistics*, “Irish Medical Journal”, Vol. 89.
- Kitsuse J., Cicourel A. [1963], *A note on the Uses of Official Statistics*, “Social Problems”, Vol. 11.
- Makinen I.H. [1997], *The Importance of Culture for Suicide Mortality*, Stockholm: Almquist and Wisell International.
- McCarthy P., Walsh D. [1975], *Suicide in Dublin: I Under – reporting of suicide and the consequences for national statistics*, “British Journal of Psychiatry”, Vol. 126.
- Meerlo J. [1962], *Suicide and Mass Suicide*, New York: Grune and Stratton.
- Młodożeniec A., Jarema M., Szafranski T. [2009–2010], *Polska wersja skali do oceny obecności i nasilenia myśli i tendencji samobójczych u chorych na schizofrenię*, „Suicydologia”, vol. 5–6.
- O’Connor R., Sheehy N. [2002], *Zrozumieć samobójcę*, Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Pescosolido B.A., Mendelsohn R. [1986], *Social Causation or Social Construction of Suicide? An Investigation into the Social Organization of Official Rates*, “American Sociological Review”, Vol. 51, No. 1.
- Philips D.P. [1974], *The influence of suggestion on suicide*, “American Sociological Review”, Vol. 39.
- Pilecki M. [2010], *Samobójstwa w regionie łódzkim w latach 2000–2009 w danych statystycznych Policji*, Niepublikowana praca magisterska., Łódź: Wyższa Szkoła Pedagogiczna.
- Pope W., Danigellis N., Stack S. [1990], *The effect of modernization on suicide: a time series analysis 1974–1990*, Referat wygłoszony na posiedzeniu Amerykańskiego Towarzystwa Zapobiegania Samobójstwom, Detroit.
- Rocznik Demograficzny* [2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2010], Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej* [2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2010], Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Rosa K. [1996], *Próby samobójcze. Charakterystyka socjologiczna*, Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

- Rosa K. [2007], *Młodzież podejmująca próby samobójcze. Charakterystyka socjologiczna*, „Przegląd Lekarski”, vol. 64, nr 1.
- Rosa K, Merecz D. [2005], *Międzynarodowy Program Badań nad Zachowaniami Samobójczymi – SUPRE-MISS*, „Suicydologia”, vol. 1.
- Rosa K., Sobala W. [2010], *Mysli i próby samobójcze młodzieży. Wybrane aspekty zjawiska*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne*, Łódź: Uniwersytet Medyczny.
- Rosenberg M.L. et al. [1988], *Operational criteria for the determination of suicide*, “Journal of Forensic Science”, Vol. 32.
- Schmidtke A., Haffner H. [1988], *The Werter effect after television films: new evidence for an old hypothesis*, “Psychological Medicine”, Vol. 18.
- Siemaszko A. [1993], *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, Warszawa: PWN.
- Simpson M., Conklin G. [1989], *Socioeconomics development, suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide*, “Social Forces”, Vol. 67.
- Stack S. [2000a], *Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors*, “Suicide Life Threatening Behavior”, Vol. 30.
- Stack S. [2000b], *Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part II: Modernization and Social integrations perspectives*, “Suicide Life Threatening Behavior”, Vol. 30.
- Sulek A. [1998], *Dokumenty urzędowe*, [w:] Z. Bokszański, K. Gorlach, T. Krauze i in. (red.), *Encyklopedia socjologii*, t. 1, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Sulek A. [2002], *Ogród metodologii socjologicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Taylor S. [1982], *Durkheim and Study of Suicide*, London: The Macmillan Press.
- WHO [1986], *Working Group on Preventive Practice in Suicide and Attempted Suicides: Summary Report (ICP/PSF 017 6525)*, Copenhagen, Denmark: WHO, Regional Office for Europe.
- www.policja.pl
www.stat.gov.pl

Krzysztof Rosa

(UN)RELIABILITY OF STATISTICS CONCERNING SUICIDAL BEHAVIOR. THE THEORETICAL PERSPECTIVES AND SOCIAL PRACTICE

Abstract

Reliable statistics on different aspects of suicidal behavior such as the scale and structure for instance are an important element of social diagnosis of this phenomenon. Such statistics are also an indispensable condition of control (even if limited) over suicidal behavior.

It appears that the reliability of all official statistics in relation to suicidal behavior similarly to other social disorders such as domestic violence, bullying or prostitution, corruption as well as the occurrence of some disease and mental disorders, raises serious doubts. In the text to follow which is based on theoretical and methodological assumptions based on the studies of registered data of deviant behaviors as suggested by J. Kitsuse and A. Cicourel there shall be revealed a criti-

cal analysis of the reliability of statistics concerning the problem of suicides in Poland available in the officially published statistics.

The following issues shall be discussed: the sources of data concerning suicidal behavior, errors occurring in the published data (especially the scale of the phenomenon), the reasons of this and the potential solutions which could lead to increasing the correctness of collecting data.

Key words: suicidal behavior, institutional date, reliability of statistics.